

Paweł Glita

## **NIE TYLKO FOBIA. DIAGNOZA PSYCHODYNAMICZNA PACJENTÓW MŁODZIEŻOWYCH UNIKAJĄCYCH SZKOŁY**

### **NOT ONLY PHOBIA. PSYCHODYNAMIC DIAGNOSIS OF ADOLESCENT PATIENTS AVOIDING SCHOOL**

Krakowskie Centrum Psychodynamiczne

Kierownik: mgr Janusz Kitrasiewicz

Krakowski Ośrodek Terapii

Kierownik: mgr Barbara Woszczyzna

*Celem artykułu jest przedstawienie w paradygmacie psychodynamicznym rozumienia emocjonalnych uwarunkowań trudności szkolnych młodzieży. Autor analizuje cztery różne mechanizmy powstawania tych objawów, wyodrębniając je ze względu na przeważający w nich rodzaj lęków i mechanizmów obronnych. Równocześnie przedstawia pracę terapeutyczną z pacjentem, która jest ilustracją trudnych dylematów, z jakimi można się spotkać w tej pracy, w szczególności wtedy, gdy jest ona osadzona w strukturach oświatowych.*

**school phobia  
adolescent patients**

**Summary:** The article is devoted to the issue of avoiding or abandoning school by adolescent patients who attend ambulatory psychotherapy. In part, it is a polemic against the overused diagnosis of „school phobia”. Using ego psychology and object – relation theory as the basic frame of reference, the author proposes four diagnostic „paths” allowing to understand and treat these patients. These are: 1) adolescents dominated by neurotic anxiety and defence mechanisms (including phobic mechanisms), 2) patients with depressive mechanisms and fears, 3) antisocial personality development and 4) immature patients (including narcissistic vulnerability and separation anxiety).

### **Wstęp**

Celem mojego artykułu jest zarysowanie różnych możliwości rozumienia trudności pacjentów młodzieżowych w nauce szkolnej oraz kilku kwestii związanych z ich terapią. Chodzi mi tutaj w szczególności o tych adolescentów, u których odmowa chodzenia do szkoły bądź jej lękowe unikanie są zgłaszane jako objaw główny — najczęściej budzący niepokój rodziców — jest bowiem jasne, że istnieje wiele zaburzeń, począwszy od zaburzeń i reakcji psychotycznych, których „ubocznym” skutkiem są różnego rodzaju problemy szkolne, będące „naturalną” konsekwencją psychotycznego zaburzenia oceny rzeczywistości. Można tu wymienić ponadto różne zaburzenia wymagające hospitalizacji (np. niektóre fazy anoreksji). Ograniczam się zatem do problemów najczęściej zgłaszanych w warunkach ambulatoryjnych.

W pierwszej części artykuł ma charakter polemiczny w stosunku do dość często spotykanej diagnozy „fobii szkolnej”. Określenie to jest czasem używane jako synonim wszelkich problemów związanych z chodzeniem do szkoły. Dzieje się tak, pomimo że określenie to nie funkcjonuje ani w klasyfikacjach psychiatrycznych, ani — co będę starał się wykazać — nie jest wystarczająco ścisłe, aby mogło służyć do dobrego planowania i prowadzenia terapii. W dalszej części będę się starał zaproponować uzupełniające rozumienie mechanizmów psychologicznych, stojących za unikaniem bądź odmową chodzenia do szkoły. Moje rozważania będą osadzone w paradygmacie psychodynamicznym, w szczególności będę sięgał do wiedzy o typach lęków i nieświadomych mechanizmach obronnych. Odwołuję się tu zatem do schematu charakterystycznego przede wszystkim dla psychologii ego, której zręby zostały sformułowane przez klasyków psychoanalizy (Z. Freud, A. Freud [1], H. Hartmann). Z racji swej przejrzystości, przydatności klinicznej i możliwości integracji różnych nurtów psychodynamicznych, psychologia ego znajduje także swój wyraz w niektórych popularnych, współczesnych kompilacjach [patrz np. 2, 3]. Ceną za uporządkowanie teoretyczne bywa tutaj pewna technicyzacja opisu pacjenta, dlatego trzeba dbać, aby nie przełożył się on na relację terapeutyczną. Postaram się również uwzględnić pozostałe nurty psychodynamiczne, w szczególności perspektywę teorii relacji z obiektem. Najistotniejsze wydaje mi się przyjrzenie się tym objawom jako zewnętrznym oznakom pewnego patologicznego sposobu przeżywania, które w konsekwencji destrukcyjnie wpływa na późniejszą jakość życia tych młodych ludzi<sup>1</sup>.

Wielokrotnie starałem się wyczuć i zrozumieć to, co się dzieje w psychice wspomnianych pacjentów. Starając się jakoś uporządkować wnioski, do jakich dochodziłem, chciałbym zarysować cztery możliwości czy też „ścieżki” diagnostyczne, wyodrębnione ze względu na przeważający rodzaj lęków i mechanizmów obronnych. Są to: mechanizmy lękowe (w tym fobijne), depresyjne, antyspołeczne i — czwarte, które zbiorczo nazwałem niedojrzałymi.

### Mechanizmy lękowe

Zacznijmy od mechanizmów lękowych, w tym fobii. Wiedza o mechanizmach fobijnych była gromadzona już od początku istnienia psychoanalizy, w szczególności przez Freuda

<sup>1</sup> Na marginesie chciałbym zaznaczyć, że w ujęciu, w którym pracuję, charakterystyczna dla psychoanalizy koncentracja na tzw. wewnętrznym świecie przeżyć pacjenta w obszarze diagnozy nie musi wiązać się z koniecznością ograniczania się do nakierowanych na ten „świat” tylko takich interwencji psychoterapeutycznych, jak konfrontacja, klaryfikacja czy interpretacja. Współczesne podejście psychodynamiczne, w szczególności w pracy z młodzieżą, która chociażby z powodów rozwojowych może nie mieć w pełni rozwiniętej zdolności symbolizowania uczuć, korzysta ze znacznie szerszego repertuaru sposobów pracy terapeutycznej. Chodzi tu nie tylko o różne formuły pracy nad relacją i psychoterapią podtrzymującą, dla których dobre teoretyczne podstawy dała psychologia self Kohuta [patrz np. 12], lecz także o różne interwencje środowiskowe, behawioralne lub rodzinne. Konieczność uwzględniania tzw. rzeczywistości zewnętrznej w pracy z dziećmi i młodzieżą znajdziemy już w praktyce i pismach Winnicotta. Wydaje się, że z dzisiejszego punktu widzenia, opartego na kategoriach defektu i deficytu, dysponujemy w miarę precyzyjnymi kryteriami kiedy się do takich interwencji odwołać, w dalszym ciągu pozostając psychoterapeutami psychodynamicznymi, tak aby nie były one tylko zracjonalizowanym odreagowaniem naszej terapeutycznej bezradności, lecz przemyślanym zabiegiem leczącym [2].

[4, 5] i Fenichela [6]. W sensie ścisłym istotą fobii jest wybiórcze, lękowe unikanie odnoszące się do jakiegoś rodzaju obiektu czy sytuacji, np. tramwaju, burzy, tłumu czy innych. W tym wypadku obiektem takim byłaby szkoła. Zazwyczaj jako objawy fobii szkolnej podaje się narastający niepokój pojawiający się przed wyjściem do szkoły, najczęściej z towarzyszącymi wegetatywnymi objawami lęku, mijający całkowicie po zgodzie rodziców na pozostanie w domu lub podjęciu decyzji, żeby nie iść do szkoły. W poszukiwaniu przyczyn takiego stanu rzeczy klinicyści o inklinacjach behawioralnych najczęściej koncentrują się na ewentualnych, lękotwórczych zdarzeniach, które zaszły w szkole, kłopotach z nauką, kłopotach w klasie, zjawiskach takich, jak wymuszanie, przemoc itp. Zjawiska te są dodatkowo nagłaśniane przez media, co tworzy wokół nich specyficzny klimat. Można więc powiedzieć od strony behawioralnej, że przy takim rozumieniu lęk pojawiający się przed wyjściem do szkoły jest wynikiem warunkowania klasycznego [7]. Z perspektywy psychodynamicznej warto rozróżnić tutaj lęk jako następstwo urazu, które jest związane z przeżyciem mniej lub bardziej traumatycznym, przerywającym tzw. przeciwbodźcową ochronę ego, oraz lęk sygnałowy. W tej perspektywie fobia jest zaburzeniem nerwicowym, związanym z nieświadomym, wewnętrznym konfliktem, najczęściej — związanym z agresywną lub seksualną popędowością, o której można mówić tylko wtedy, gdy współwystępują trzy lub cztery mechanizmy obronne: przemieszczenie, eksternalizacja<sup>2</sup>, czasem również symbolizacja i unikanie.

Jednym z zadań okresu dojrzewania jest prospołeczna integracja popędowości i ukształtowanie tożsamości psychoseksualnej, a więc np. rozwiązanie dylematów biseksualnych, zaakceptowanie seksualności i agresywności jako części własnej osoby [8]. W trakcie tego procesu zachodzi cała masa komplikacji. Rodzice są wówczas odbierani jako instancja zakazująca, kontrolująca, potencjalnie karząca (np. za masturbację). Takie postrzeganie rodziców (mówiąc inaczej: istnienie tabu) ma swój pozytywny cel rozwojowy, którym jest przeniesienie zainteresowań seksualnych, które do tej pory miały charakter dziecięcy, niegenitalny (a więc np. były związane z przyjemnością z przytulania się), na grupę rówieśniczą, w której można rozwijać i oswajać fantazje o charakterze stricte seksualnym, genitalnym. Jest dużo sposobów „oswajania” popędu: rozmowy z rówieśnikami, wyobrażeniowa fascynacja erotyką, taniec, masturbacja, aż po pierwsze próby tworzenia związków i nawiązywanie intymnych więzi w późniejszym okresie. Jeśli jednak z jakiegoś powodu treści tego typu nie mogą stopniowo stawać się częścią tożsamości, są przeżywane jako zagrożenie, jako coś złego, wstrętnego, niszczącego dobre wyobrażenie o sobie, zagrażającego relacji z rodzicami czy sprzecznego z wyznawanymi wartościami — wówczas są w jakiś sposób usuwane ze świadomości, a każda wzmianka o nich lub sytuacja prowokująca zdanie sobie z nich sprawy powoduje reakcję lękową. W przypadku fobii sposobem na usunięcie tych treści ze świadomości jest mechanizm przemieszczenia. Polega on na tym, że dana osoba nie zaprzecza temu, że się boi (lęk jest zbyt silny, żeby mu zaprzeczyć), ale

<sup>2</sup> Mechanizmu eksternalizacji, polegającej na ulokowaniu zagrożenia na zewnątrz („problemem jest szkoła, a nie moje przeżycia”), nie należy tu mylić z projekcją, w której następuje nie tylko ulokowanie swoich nieświadomych afektów w świecie zewnętrznym, ale także przypisanie ważnym postaciom określonych intencji. Jeśli chodziłoby o intencje agresywne, to można by zapytać, czy sensowniej jest mówić o fobii, czy raczej o tendencjach paranoidalnych („klasa chce mnie skrzywdzić, chociaż twierdzicie, że nic na to nie wskazuje”).

lęk ten przemieszcza, wiąże z innym obiektem, który sam w sobie nie ma nic seksualnego czy agresywnego. Jeżeli mamy do czynienia z mechanizmem symbolizacji, wówczas jakaś cecha takiego obiektu w jakiś sposób symbolizuje nieświadome lęki i pragnienia. Dodatkowym mechanizmem zabezpieczającym przed uświadomieniem jest tu mechanizm eksternalizacji lub projekcji, tzn. źródło zagrożenia jest lokowane w zewnętrznym świecie i przestaje mieć związek z treściami intrapsychicznymi. Logiczną konsekwencją takiej konfiguracji jest unikanie zewnętrznego, ulękwionego obiektu.

Jakie znaczenie ma powyższy opis w odniesieniu do pojęcia fobii szkolnej? Wynika z niego jasno, że w takim rozumieniu przyczyna tzw. fobii szkolnej wcale nie wiązała by się ze szkołą, jawiącą się wówczas tylko jako symboliczny obiekt, na który zostały przemieszczone i wyprojektowane treści lękowe. Dodatkowo sprawę komplikuje fakt, że pojęcie „szkoła” jest bardzo szerokie. Właściwie w każdym przypadku należałoby różnicować, czy lęk pojawia się w odniesieniu do budynku szkoły, trudów nauki, nauczycieli, grupy rówieśniczej czy może w relacji z poszczególnymi osobami. Jeżeli problemem jest szkoła (np. ktoś został w niej pobity pobity lub obrażony) to wówczas lęk przed pójściem do niej ma charakter reaktywny, a nie fobijny, i jest to wtedy wyzwanie dla władz szkolnych i wychowawców. Polemika z nadużywaniem określenia „fobia szkolna” w żadnym wypadku nie jest negowaniem faktu, że unikanie szkoły może mieć charakter pourazowy, nawet o takim nasileniu, który pozwala go nazwać posttraumatycznym. Jeśli jednak jest to fobia sensu stricto, to należałoby się koncentrować w terapii na wewnętrznych przeżyciach pacjenta młodzieżowego i jego sytuacji rodzinnej. Z tej perspektywy pojęcie fobii szkolnej jest zdecydowanie nadużywane i stosowane nieadekwatnie na określenie każdego rodzaju kłopotów w nauce szkolnej. Jest to o tyle ważne, że każda błędna diagnoza terapeutyczna, błędne rozumienie skutkuje błędnym pomysłem na terapię. Co więcej, z doświadczenia własnego oraz pracujących ze mną koleżanek i kolegów wynika, że jest to dość rzadki powód niepójścia do szkoły. Jeżeli to fobia jest przyczyną opuszczania lekcji, to zazwyczaj jest to albo fobia związana ze środkami komunikacji, albo lęk przed otwartą przestrzenią (agorafobia). Znacznie częstsze (i głębsze) są uwarunkowania depresyjne, które chciałbym teraz opisać jako jeden z alternatywnych sposobów rozumienia trudności w nauce szkolnej.

### Mechanizmy depresyjne

W swoim rozumieniu depresji młodzieńczej odwołuję się do pojmowania jej jako rozwojowej aktywizacji lęków i mechanizmów, charakterystycznych dla tzw. pozycji depresyjnej, tak jak opisała to Klein [9]. Depresyjny sposób przeżywania jest w pewnym sensie rozwojowo naturalny w okresie adolescencji, ze względu na tzw. deidealizację obrazów rodzicielskich czy też ich symboliczną „śmierć” [8]. W zależności od dotychczasowego i obecnego życia może jednak występować w bardzo różnym nasileniu i mieć mniej lub bardziej destrukcyjne konsekwencje. Mechanizmy depresyjne powiązane są ze specyficznym rodzajem lęków dotyczących możliwości utraty ważnych relacji, zniszczenia ich na skutek agresywnego wybuchu. Towarzyszy temu nieświadomie podtrzymywane omnipotentne przekonanie o niezwyklej, destrukcyjnej sile własnej złości, jak również wyobrażenie, że przeżywanie złości (a nie tylko jej wyrażenie) będzie ukarane zerwaniem relacji przez

opiekunów, np. poprzez tzw. wycofanie miłości. Takie przekonanie jest bardzo często uzasadnione określonymi doświadczeniami z przeszłości. Na skutek małego doświadczenia życiowego oraz deficytów wychowawczych mylony jest często przez młodzież poziom przeżywania emocji ze sposobem ich wyrażania. Wydaje się, że kluczowym czynnikiem przesądzającym, czy depresyjność będzie miała dla nastolatka destrukcyjne konsekwencje, czy nie, jest to, w jakim stopniu współwystępują tutaj deficyty symbolizacji, tzn. umiejętności rozpoznawania swoich stanów wewnętrznych, i dominacja acting outu jako przeważającego sposobu komunikowania się z ważnymi osobami. Agresja, która występuje u młodzieży z depresją młodzieńczą, bywa bardzo silna i jest najczęściej związana z silną frustracją potrzeb zależnościowych, tzn. z niezaspokojonymi potrzebami miłości, uwagi, wsparcia. Pojawia się u nastolatków emocjonalnie lub realnie opuszczonych, którzy mają w swojej historii życia utraty lub zagrożenie nimi, tak, że nie chcą „ryzykować” kolejnych, które w ich wyobrażeniu miałyby być konsekwencją dopuszczenia przez nich żalu, pretensji i złości. Dodatkowo, z powodów rozwojowych, zakazują oni sobie zwracania się o pomoc do dorosłych w trudnych sytuacjach, ponieważ stoi to w sprzeczności z ich świeżo zdobytą niezależnością, z charakterystycznym dla procesu powtórnej separacji-indywiduacji wyobrażeniem o sobie jako o coraz lepiej radzącym sobie „młodym dorosłym” [8]. Ponieważ jednak mechanizm zaprzeczania w depresji, podobnie jak w nerwicach mechanizm wypierania, nie jest nigdy w pełni skutecznym sposobem opanowywania napięć, dlatego też agresja skierowana do realnych i uwewnętrznionych obrazów rodziców zostaje wyrażona w sposób bierny, poprzez zaangażowanie albo własnego ciała, albo poprzez zachowania antyspołeczne. Im bardziej coś jest przez rodziców cenione, tym bardziej jest to wówczas przez nastolatka w sposób bierny lub czynny kontestowane. Można powiedzieć, że nauka szkolna nadaje się tu idealnie, ponieważ wykształcenie jest jedną z tych wartości, które rodzice cenią najbardziej i których zakwestionowanie przez nastolatka jest przez nich boleśnie przeżywane. Szkoła zostaje wówczas wciągnięta w swoisty agresywny, nieświadomy dialog z wewnętrznymi obrazami rodziców. Bardziej niż o unikaniu szkoły (jak w przypadku fobii lub lęku reaktywnego) należałoby wówczas mówić o kontestowaniu jej wartości lub biernym porzucaniu. Nastolatkowie ci nie są jednak antyspołeczni w sensie emocjonalnym. Najczęściej takim autodestrukcyjnym rozwiązaniem towarzyszy silne poczucie winy i utrata szacunku do samego siebie, utrata nadziei na dobre życie.

Na marginesie można dodać, że naprawdę poważny problem pojawia się wówczas, kiedy nie szkoła (lub nie tylko szkoła) zostaje zaangażowana w taki depresyjny dialog, ale także ciało lub własne życie. Część z tych nastolatków, snując fantazje samobójcze, wyobraża sobie swój pogrzeb, który jest jednocześnie spełnieniem marzeń o bliskości (wyrażanej przez łzy, żal i tęsknotę osób w nim uczestniczących) oraz agresywną zemstą za opuszczenie i frustrację, zadany im bólem (zgromadzeni na tym wyobrażonym pogrzebie bliscy bardzo cierpią). Z perspektywy teorii relacji z obiektem taki sposób przeżywania wiąże się z niepełną separacją obiektu i self, tzn. adolescent w swoim głębokim przekonaniu uważa, że to, co dotyka jego spraw (np. szkoły) i jego życia w ogóle, tak naprawdę dotyka równocześnie — lub nawet bardziej — przeżywanych agresywnie obiektów. Dlatego też jednym z pierwszych i głównych zadań terapeutycznych w leczeniu depresyjności jest oddzielenie tych dwóch faktów i uświadomienie w relacji terapeutycznej przeżywanej nieświadomie złości przy jednoczesnym wzbudzaniu refleksji nad tym, w jaki sposób (czy

destrukcyjny czy nie) jest ona wyrażana. W moim doświadczeniu terapeutycznym takie właśnie depresyjne przeżywanie jest najczęstszym podłożem porzucania szkoły przez nastolatków<sup>3</sup>.

### **Rozwój antyspołecznej osobowości**

Omówienie go wydaje mi się o tyle ważne, że często jest on mylony z rozwojem depresyjnej osobowości, na podstawie tylko zewnętrznego podobieństwa, jakim jest antyspołeczne zachowanie. Istotą rozwoju antyspołecznej, patologicznej osobowości w okresie dorastania są deficyty w obrębie superego, a więc niewystarczająco zinternalizowane normy, które mogłyby regulować agresywne impulsy, a co się z tym wiąże — trudności w przeżywaniu zdrowego, adekwatnego poczucia winy. Uwewnętrzniony obraz stosunków międzyludzkich jest bardzo zły (jest to arena walki o dobra materialne lub władzę), niewiele jest w nim doświadczeń wdzięczności i bliskości, dlatego też w relacji z takimi pacjentami wyczuwa się swoisty chłód i niedostępność. Większość napięć jest rozwiązywana poprzez destrukcyjny dla innych, czasami okrutny, acting out. Jeśli chodzi o szkołę, to jej porzucanie najczęściej wiąże się z deficytami rozwojowymi, takimi jak niezdolność do odraczania gratyfikacji, niedostateczna socjalizacja i niedostateczna sublimacja popędu agresywnego. Mówiąc w skrócie, nauka szkolna w ogóle nie jest przeżywana jako coś, o co warto się starać. Stopnie szkolne nie są powodem rywalizacji, są nim najczęściej tylko dobra materialne. Jak to ujął jeden z moich 15-letnich pacjentów: „Po co się uczyć, moja matka się uczyła i teraz zarabia tysiąc złotych, ja posprzedaję trochę komórek i proszku [w domyśle – kradzionych] i mam trzy tysiące”. W związku z takim sposobem postrzegania świata, propozycja wejścia w relację terapeutyczną jest czasami przeżywana jako próba manipulacji i podobnie przyjmowana, tzn. fasadowo i manipulacyjnie. Pacjenci ci wydają się stanowić jedną z tych grup, w których pozostawanie w formule klasycznej psychoterapii psychoanalitycznej może grozić sankcjonowaniem przez terapeutę przestępczego status quo. W grupach takich tradycyjne oddziaływanie w obrębie relacji powinno być uzupełnione lub poprzedzone ustanowieniem jakiejś środowiskowej formy kontroli nad zachowaniem jako metody wyrównywania deficytów wychowawczych [10]. Dopóki zachowania antyspołeczne nie są szczególnie nasilone (we wczesnej adolescencji), korzystne mogą być różne oddziaływania socjoterapeutyczne. Podstawową techniką pracy powinna być konfrontacja. Przedstawiany tutaj pacjent był zaskoczony, kiedy mu sarkastycznie odpowiedziałem: „Teraz trzy tysiące, potem trzy miesiące w poprawczaku, potem trzy lata w więzieniu i degeneracja po trzydziestce. Po prostu wspaniałe życie”. Takie, być może kontrowersyjne, interwencje czasem jednak coś uświadamiają i wzbudzają oparty na adekwatnym lęku o przyszłość konflikt wewnętrzny.

### **Niedojrzałość emocjonalna**

Mam tu na myśli przede wszystkim takie opóźnienie rozwoju emocjonalnego, które polega na niemożności odseparowania się od rodziny, a co za tym idzie — trudnościach w związaniu się z rówieśnikami. Grupa ta obejmuje zarówno nastolatków o cechach

<sup>3</sup> O etiologii, rozpowszechnieniu i leczeniu depresji młodzieńczej w piśmiennictwie polskim szeroko pisał Bomba [patrz np. 13].

narcystycznych, jak i np. „edypalnie uwiedzionych” przez jedno z rodziców, które samo ma problemy separacyjne lub edypalne. Łączę ich jednak w jedną kategorię, ponieważ ich wspólnym mianownikiem jest wynikająca z niedojrzałości emocjonalnej trudność w zaangażowaniu się w grupę rówieśniczą. Nastolatkom narcystycznym niełatwo jest zrezygnować ze skupiania na sobie uwagi, trudno jest im zatem zamienić relację diadyczną, rodzicielską, w której są wyłącznym obiektem zainteresowania (czy właściwie zawłaszczania przez któregoś z rodziców), na relację triadyczną i szerszą, w której muszą z takiej pozycji zrezygnować. Wbrew pozorom nie są to tylko tzw. dzieci „rozpieszczone”, czyli, mówiąc językiem psychologicznym, nienauczone odraczania gratyfikacji, ale często także dzieci zbyt szybko udoraślane, które w regresywnej tęsknocie za dzieciństwem poszukują spełnienia marzeń o bez trosce i opiece. Są to osoby nadwrażliwe, domagające się ciągłej uwagi, nienawiązujące równej, opartej na lojalności relacji, dlatego też same źle się czują w klasie lub są przez nią odrzucane. Z czasem klasa i szkoła w ogóle są kojarzone jako źródło napięcia, coś traumatyzującego i są wtórnie unikane. Z perspektywy psychoanalitycznej można tu mówić o dwóch zjawiskach: o znacznie zaburzonej, nawet jak na standardy okresu dojrzewania, regulacji samooceny [patrz np. 11] oraz o tzw. słabości ego. Wówczas, pomimo braku patologii w szkole, pojawia się lęk o charakterze reaktywnym. Takie reakcje są również często określane mianem fobii szkolnej. Nauczanie indywidualne, które w tych wypadkach często jest przyznawane czy też wymuszane przez rodziców, jest najczęściej błędem, ponieważ dodatkowo uniemożliwia przejście tego zadania rozwojowego, przed którym wszyscy kiedyś staliśmy.

Chciałbym na koniec skrótowo podzielić się nieudanym doświadczeniem terapeutycznym w pracy z jednym z takich pacjentów. Czynię to dlatego, aby zobrazować dylematy, jakie można spotkać w tej pracy.

#### Przykład kliniczny<sup>4</sup>

Pacjent Wojtek, lat 17, został zgłoszony do terapii przez matkę z powodu odmowy chodzenia do szkoły, które trwało już dwa miesiące. Podobne, chociaż krótsze, epizody zdarzały się już wcześniej, jednak po jakimś czasie chłopiec sam wracał do klasy i bez trudu nadrabiał zaległości. Uczył się bardzo dobrze. Charakterystyczny był jego sposób spędzania czasu, kiedy kontestował zasadność uczęszczania do szkoły. Chodził wówczas do Empiku i kilka godzin czytał książki, które go interesowały. W klasie nie miał przyjaciół (był typem samotnika), ale nie miał też wrogów. Tym, co zwróciło moją uwagę, był charakterystyczny sposób chodzenia Wojtka. Okazało się, że jest to wynik długotrwałej choroby, która zmuszała go do codziennej wielogodzinnej rehabilitacji, w której musiała mu pomagać matka. Odmowa chodzenia do szkoły zbiegała się z odmową dalszej rehabilitacji. Wydawało się, że Wojtek pogodził się z ograniczeniami wynikającymi z choroby, chociaż przypuszczałem, że jest w tym dużo rezygnacji i utraty nadziei. Od początku chłopiec budził we mnie dość ciepłe uczucia, pomimo że bardzo opornie wchodził w relację, ewidentnie zaprzeczał problemom i potrzebie wsparcia. Dominującą cechą przejawianą przez niego w kontakcie był upór. Staralem się zainteresować życiem chłopca, nie tylko szkołą, zaprosić go do relacji. Po jakimś czasie Wojtek zgodził się na przychodzenie, choć rezerwował

<sup>4</sup> Dane identyfikacyjne pacjenta zostały zmienione.

sobie prawo do przerwania kontaktu. Czas jego nieobecności w szkole był już na tyle duży, że groziło mu powtarzanie klasy z powodu niemożności przeprowadzenia klasyfikacji. Ten fakt oraz coraz częstsze naciski matki na wdrożenie procedury przyznania nauczania indywidualnego spowodowały, że w coraz większym stopniu zacząłem się koncentrować na szkole. Historia nieobecności w szkole w poprzednich latach pokazywała, że trzeba włożyć niewiele wysiłku, aby Wojtek na nowo podjął naukę, dlatego w obliczu zagrożenia brakiem promocji do następnej klasy, przychyliłem się do przyznania mu nauczania indywidualnego, przy sceptycznej lub wręcz negatywnej postawie chłopca. Z czasem okazało się, że nauczanie nie jest realizowane, ponieważ Wojtek wychodził z domu, kiedy mieli zjawiać się nauczyciele. Podobnie jak wcześniej, w odniesieniu do szkoły i rehabilitacji, chłopiec odmówił kontaktu z terapeutą, pomimo telefonicznego zaproszenia.

Przedstawiłem ten przypadek, ponieważ w moim poczuciu dobrze obrazuje błędy terapeutyczne, jakie można popełnić w pracy z młodzieżą unikającą szkoły bądź kontestującą jej wartości. W moim przekonaniu kontakt z Wojtkiem trwał zbyt krótko, aby sformułować jednoznaczną, pogłębioną diagnozę psychodynamiczną. Odwołując się do zarysowanych wcześniej „ścieżek” diagnostycznych, prawdopodobnie dałoby się zaliczyć jego przypadek do grupy drugiej (mechanizmów depresyjnych) i czwartej (mechanizmów niedojrzałych). Być może upór i narcystyczne obrony chłopca, jego lękowe przekonanie, że nie potrzebuje nikogo, jego pasywnie wyrażana agresja (będąca zapewne również rozwojową chęcią odseparowania się od dorosłych, pragnieniem zaznaczenia własnej, wcześniej głęboko naruszanej przestrzeni osobistej) uniemożliwiłyby terapię niezależnie od tego, co zrobiłby terapeuta. Jednakże trzeba wyraźnie powiedzieć, że porzucenie terapii wiąże się ze zmianą zainteresowań terapeuty z obszaru emocjonalnego na obszar społeczny, szkolny. Z perspektywy czasu można powiedzieć, że nastąpiła wówczas nieświadoma identyfikacja terapeuty z matką i rolą rodzicielską w ogóle. Być może nie musiałoby to być szkodliwe dla terapii, gdyby jednocześnie terapeuta nie zatracił rozumienia zachowania chłopca jako wyrazu zrozumiałych tendencji separacyjnych. Z dzisiejszej perspektywy możliwa wydaje mi się taka praca, w której tendencje te byłyby aprobowane, interpretacji zaś podlegałyby tylko ich nieświadomy, destrukcyjny sposób wyrażania. Wydaje mi się, że przy tego typu pacjentach młodzieżowych, podstawowym błędem jest uczynienie z podjęcia nauki najważniejszego kryterium sukcesu terapeutycznego i koncentracja na temacie szkoły w relacji terapeutycznej. Jest to wynikiem swoistej presji na terapeuta – zarówno wewnętrznej, jak i zewnętrznej – ze strony rodziców, szkoły, władz ośrodka. Można tu przeprowadzić analogię do terapii zaburzeń jedzenia, w szczególności anoreksji. Tak jak błędem jest przesadne koncentrowanie się na jedzeniu w trakcie takiej terapii, tak pewnym niebezpieczeństwem jest koncentrowanie się na szkole w trakcie terapii takich nastolatków, jak Wojtek. Jak się wydaje, jest to szczególnie istotna pokusa, jeżeli terapia odbywa się w strukturach oświatowych. Najlepiej, aby obszar pragmatycznych decyzji był pozostawiony rodzicom, władzom szkolnym itd. tak, aby terapeuta mógł skoncentrować się na nawiązywaniu relacji, komentowaniu emocji pacjenta i interpretowaniu zachowań.

Zdaję sobie sprawę, że przedstawiony przeze mnie opis jest dość schematyczny i trochę arbitralny. Nie pretenduje również do zupełności, ma natomiast na celu zaproponowanie pewnego sposobu myślenia o emocjonalnych uwarunkowaniach trudności szkolnych, który mógłby wspierać proces terapii takich nastolatków.



### Piśmiennictwo

1. Freud A. Ego i mechanizmy obronne. Warszawa: PWN; 2004.
2. Gabbard G. Psychodynamic psychiatry in clinical practice. Washington, London: Am. Psychiatr. Publishing Inc.; 1994.
3. Mc Williams N. Diagnoza psychodynamiczna. Gdańsk: WP; 2009.
4. Freud Z. Dwie nerwice dziecięce (Dzieła, t. VI). Warszawa: Wydawnictwo KR; 2000, s. 5 i nast.
5. Freud Z. Zahamowanie, symptom i lęk. (Dzieła, t. VII). Warszawa: Wydawnictwo KR; Warszawa 2001, s. 197–269.
6. Fenichel O. The psychoanalytic theory of neurosis. New York: Norton; 1945.
7. Seligman M, Walker E, Rosenhan D. Psychopatologia. Poznań: Zysk S-ka; 2003.
8. Blos P. On adolescence. Psychoanalytic interpretation. New York: Free Press; 1962.
9. Klein M. Teoria lęku i winy. Pisma. T. 3. Zawisć i wdzięczność. Gdańsk: GWP; 2007.
10. Chwast J. Psychotherapy of disadvantaged acting-out adolescents. Am. J. Psychother. 1977; 31 (2): 216–226.
11. Bleiberg E. Normal and pathological narcissism in adolescence. Am. J. Psychother. 1994; 48: 30–51.
12. Elson E. Adolescents. W: Jackson H, red. Using self psychology in psychotherapy. London: Jason Aronson Inc.; 1994.
13. Bomba J. Depresja młodzieńcza. W: Namysłowska I, red. Psychiatria dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.

Adres: Krakowskie Centrum Psychodynamiczne  
ul. Zamoyskiego 56, 30-523 Kraków  
e-mail: glita@poczta.onet.pl

## NOWE WŁADZE SEKCJI NAUKOWEJ PSYCHOTERAPII POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO

Szanowne Koleżanki i Koledzy,

Chciałbym poinformować, że podczas XII Sympozjum Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego pt.: „Superwizje w psychoterapii”, które odbyło się w dniach 13–15.05.2010 w Poznaniu, miało miejsce Walne Zgromadzenie członków naszej sekcji. Zarząd kończący swoją kadencję złożył sprawozdanie ze swojej działalności a członkowie Walnego Zgromadzenia udzieli mu absolutorium. Wybraliśmy nowy Zarząd SNP PTP i Przewodniczącego Elekta. Aktualny Zarząd SNP PTP składa się z następujących osób:

**Przewodniczący:** dr n. med. Rafał Antkowiak, e-mail: rafal@p-i-e.poznan.pl

**Były przewodniczący zarządu:** prof. dr hab. Jerzy W. Aleksandrowicz

**Przyszły przewodniczący zarządu (elekt):** prof. dr hab. Bogdan de Barbaro

**Skarbnik:** dr n. med. Lidia Popek

**Sekretarz:** dr n. med. Paulina Klonowska-Woźniak, e-mail: paulinakw@vp.pl

**Pozostali członkowie zarządu:** mgr Kazimierz Bierzyński, prof. dr hab. Jan Czesław Czabała, dr hab. Barbara Józefik, mgr Krzysztof Klajs

**Komisja Rewizyjna:** mgr Monika Jaklewicz – przewodnicząca,  
dr n. med. Roman Ciesielski, mgr Jarosław Gliszczyński

**Komisja Etyki:** prof. dr hab. Jerzy W. Aleksandrowicz, prof. dr hab. Jan Czesław Czabała,  
prof. dr hab. Hanna Jaklewicz

**Sekretariat sekcji:** Hanna Samsel, e-mail: hanna-samsel@wp.pl, tel. (61) 8629899,  
ul. Promienista, 40/2, 60-276 Poznań

**Redaktor naczelny kwartalnika „Psychoterapia”:** mgr Kazimierz Bierzyński

Składając podziękowania wszystkim członkom naszej sekcji za liczy udział w sympozjum (uczestników było ponad 220) i w Walnym Zgromadzeniu jednocześnie zapraszam do dalszego zaangażowania w przyszłe prace na rzecz środowiska psychoterapeutów.

Pozdrawiam

**Rafał Antkowiak**  
Przewodniczący zarządu SNP PTP